

**HISTORICAL AND CONTEMPORARY INTERPRETATIONS OF
COMBAT STRESS REACTION**

Prepared for the Board of Inquiry-Croatia

by Allan D. English, PhD

26 Oct 1999

© Allan D. English

The author may be contacted at english-a@rmc.ca

HISTORICAL AND CONTEMPORARY INTERPRETATIONS OF COMBAT STRESS REACTION

Prepared for the Board of Inquiry-Croatia

by Allan D. English, PhD

26 Oct 1999

Introduction

The recognition that stress affects those who are called upon to serve their people in combat is almost as old as recorded history. The leaders of the ancient Israelites exempted from their armies those who were about to be married, those who had just built a house, or those who had just planted a vineyard. These people were temporarily excused from combat because their leaders understood that such people would probably feel the effects of the stress of battle more acutely than their comrades. In addition, the Israelites knew that fear could be contagious, and the officers of their army were directed to speak to their soldiers thus: "What man is there that is fearful and fainthearted? let him go and return to his house, lest his brethren's heart faint as well as his heart."¹

This paper has been written to give members of the Board of Inquiry - Croatia some historical background to contemporary interpretations of stress and the results of stress caused by exposure to combat or intensive operations, commonly referred to as Combat Stress Reaction (CSR).² By examining certain themes, such as symptoms, diagnosis, and treatment; noncombat stress; reactions of soldiers to stress; and the reactions of society and health care professionals to CSR, it will be demonstrated that interpretations of CSR have varied over time based on such factors as the nature of the combat environment, attitudes of society towards psychological illness, and the attitudes of health care professionals and researchers towards stress-induced illnesses. This poses problems for those trying to distinguish between environmental (or physical) causes and stress-related causes for symptoms exhibited by those who have been exposed to combat on intensive operations.

¹ Deuteronomy, Chapter 20, verses 5-8, King James Version.

² Combat Stress Reaction (CSR) has been described in a number of different ways. In this essay I shall use the definition most often used in the psychological literature (see note 3 below) and common in the Canadian Forces. In civilian clinical terms, CSR could be diagnosed as either Post Traumatic Stress Disorder or Acute Stress Disorder depending on how long the symptoms take to appear and how long they persist. For a more complete explanation see American Psychiatric Association [APA], *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, (Washington, DC: APA, 1994), 424-31.

There are a number of definitions of CSR, but the most comprehensive definition, and the one that accounts for the most non-physical casualties is: "all soldiers who negotiate evacuation with a reason other than being hit by a direct enemy projectile or explosive are CSR casualties."³ Since the Board is primarily concerned with the effects of CSR in land warfare, this discussion is restricted to the evolution of CSR in that element.

Symptoms, Diagnosis and Treatment

The earliest antecedent to CSR in the medical literature can be found in an article by Johannes Hofer published in 1678. He described a disease that afflicted Swiss mercenaries serving in France who exhibited various symptoms described as: dejection, continuing melancholy, incessant thinking of home, disturbed sleep or insomnia, weakness, loss of appetite, anxiety, cardiac palpitation, stupor and fever. Unless the soldiers could be returned home they sometimes died or went mad. Hofer's clear description of these cases led to the acceptance of "nostalgia," based on the most conspicuous symptom, by the medical profession as a recognizable disease of soldiers serving far from their homes. By the 19th century many physicians, believing that symptoms of nostalgia were caused by pathological changes in patients' internal organs, noted alterations in the brain and other structures after death when none existed because, for the most part, they were grappling with problems beyond their capacity to solve.⁴ Nevertheless, the diagnosis of "nostalgia" was widely accepted until the First World War, when dramatic changes took place in the diagnosis and treatment of non-physical battle casualties.

At first those who could not cope with mental strain of combat in the British and Canadian armies were categorized as suffering from hysteria, a disease believed to be caused by a lack of will power, laziness, or moral depravity.⁵ Casualties were treated as they would have been in a civilian clinical setting. They were evacuated to Britain where, given "rest and sympathy," some had their symptoms disappear, but most ended up institutionalized and became chronic cases.⁶ These losses took their toll on both armies but became critical when, after the first battle of the Somme in July 1916, "several thousand soldiers" had to be withdrawn from battle due to nervous disorders; many of these were permanently lost to the military. A new treatment regime was quickly instituted that by 1918 had evolved to the point where it was very

³ Shabtai Noy, "Combat Stress Reactions," in *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal and A. David Mangelsdorff, eds. (Chichester: John Wiley, 1991), 508.

⁴ George Rosen, "Nostalgia: a 'Forgotten' Psychological Disorder," *Psychological Medicine* 5 (1975), 340-54.

⁵ Michael J. Clark, "The Rejection of Psychological Approaches to Mental Disorder in Late Nineteenth-Century British Psychiatry," in *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen*, Andrew Scull, ed. (London: Athlone, 1981), 293-7.

⁶ Sidney I. Schwab, "The War Neuroses as Physiologic Conversions," *Archives of Neurology and Psychiatry* 1 (1919), 593; and Arthur F. Hurst, "Hysteria in Light of the War Experience," *Archives of Neurology and Psychiatry* 2 (1919), 565.

similar to the present-day treatment for CSR near the front line, emphasizing the principles of immediacy, proximity, and expectancy. However, according to Lieutenant-Colonel Colin Russel, a leading Canadian neurologist, those who were evacuated to Britain and Canada were subjected to a variety of treatments aimed at "persuading" them to return to the front or to become productive members of society. The treatments ranged from forceful counselling to electric shocks administered to those less willing to be convinced by words.⁷

These treatments were based on a paradoxical theory of the illness that existed at the time. On the one hand, since the discovery in the late 19th century of bacteria as the cause of many diseases, a new ideology swept the scientific community and the medical profession that held that almost all human afflictions had physical causes. On the other hand, many physicians at the turn of the century believed that any mental illness was caused by a lack of control over the baser human instincts, and that it was their duty to help patients overcome their moral lapses to cure any such illness.⁸ These two principles were soon applied to those evacuated from combat with no physical wounds because, as a leading British Army psychiatrist in the Second World War put it, society could not countenance "the idea that the *British* soldier or 'hero'" could possibly show "mental" symptoms because they were "shameful evidence of 'moral weakness.'"⁹ Instead it was hypothesized that the concussive force of exploding shells had caused physical damage to the nervous systems of sufferers, and, therefore, they had an acceptable reason to be removed from combat. The new diagnosis "shell shock" was used to provide a suitable label for large numbers of soldiers who suffered from some sort of psychological disorder during the First World War. By the end of the war, even though it was admitted that concussive shock did not produce these disorders, many in the medical profession, trained to believe that almost all illnesses had a physical cause, were convinced that these disorders had an as yet undetermined physical origin.¹⁰

During the Second World War the symptoms of those with stress-induced illnesses were similar to those seen in 1914-18, but by 1939 attitudes toward what were called neuropsychiatric (NP) disorders¹¹ in soldiers had changed significantly. But not necessarily for the better, because

⁷ Colin K. Russel, "War Neurosis," *Archives of Neurology and Psychiatry* 1 (1919), 34-5.

⁸ Andrew Scull, "The Social History of Psychiatry in the Victorian Era," in *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen*, Andrew Scull, ed. (London: Athlone, 1981), 25; and Clark, 274, 295, 297, 300.

⁹ Robert H. Ahrenfeldt, *Psychiatry in the British Army in the Second World War* (London: Routledge and Kegan Paul, 1958), 6. Emphasis in original.

¹⁰ H.C. Marr, *Psychoses of the War* (London: Henry Frowde, 1919), 46-7.

¹¹ Many terms were used in the Second World War to denote CSR casualties, including "Not Yet Diagnosed (Nervous)," psychoneurosis, anxiety neurosis, and battle stress. Copp and Andrew, 22. To avoid having soldiers labelled "psycho," in 1943 senior officers in the US Army insisted that the only term "exhaustion" be used for these casualties. Richard Gabriel, *No More Heroes: Madness and Psychiatry in War* (New York: Hill and Wang, 1987), 39-40, 41.

the treatments given to those with NP symptoms were actually less effective in returning soldiers to combat than those used in 1918. As in the First World War with the rush to mobilize, neither the British nor Canadian armies paid much attention to the selection, especially for psychological fitness, of recruits early in the war. Therefore, many unfit men ended up in uniform.¹² Despite large numbers of men likely to be susceptible to NP problems, the British and Canadian armies seemed to have forgotten the lessons of the First World War and early in the Second World War planned to evacuate NP casualties to the rear for intensive therapy, with its concomitant low return-to-combat rates.¹³ Like its British and Canadian allies, the US Army initially identified NP problems as a clinical, or medical, phenomenon due primarily to a personality defect in the soldier, but because of their delayed entry into the war the American armed forces were able to implement a rigorous selection system.¹⁴ Statistics of their Selective Service organization showed that about 40 percent of all inductees were eventually rejected on emotional, psychiatric or behavioural grounds.¹⁵ Working on the assumption that most of those predisposed to psychiatric breakdown in combat had been weeded out, the US Army based their treatment on civilian models of developmental psychology and Freudian psychiatry. These models tended to ignore the forward treatment found to be so effective by the end of the First World War, and endorsed hospital-based treatment regimes employing long psychotherapy sessions, often preceded by heavy sedation of the patient, focussing on inner change and growth in the patient.¹⁶ The result was similar to the First World War experience, where very few of those treated in rear facilities ever returned to combat. For example, during the US Army's campaigns in North Africa and Sicily, 35 percent of all nonfatal casualties were diagnosed as "psychiatric"; however, because most of them were evacuated 90 miles or more from the front lines for treatment, no more than three percent were ever returned to combat.¹⁷ Despite the preference of many psychiatrists for their usual hospital-based treatment methods, the manpower crisis of the Northwest Europe campaign (1944-45), with combat units suffering an average ratio of 25

¹² Terry Copp, "The Development of Neuropsychiatry in the Canadian Army Overseas 1939-1943," in *Canadian Health Care and the State*, David C. Naylor, ed. (Montreal and Kingston: McGill-Queen's Univ. Press, 1992), 68.

¹³ Terry Copp and Bill McAndrew, *Battle Exhaustion: Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945* (Montreal and Kingston: McGill-Queen's Univ. Press, 1990), 47.

¹⁴ Shabtai Noy, "Combat Psychiatry: The American and Israeli Experience," in *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, ed. (Westport, CT: Greenwood Press, 1987), 71.

¹⁵ The Selective Service initially rejected 1,686,000 of 5,250,000 inductees (32 percent) for emotional or educational disorders or deficiencies. Between 1942-45 an additional 504,000 were separated on psychiatric or behavioural grounds, bringing the total to almost 42 percent. Gabriel, 9.

¹⁶ Noy in "Combat Stress Reactions," 509; and Allan D. English, *The Cream of the Crop: Canadian Aircrew 1939-1945* (Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, 1996), 68, 69, 74, 79.

¹⁷ Gabriel, 117-18.

percent of casualties classified NP, finally forced the Allied armies to return to the proven forward treatment methods of the First World War.¹⁸

Based on its Second World War experience, the US Army accepted that after 35 days of sustained combat, 98 percent of soldiers exhibited "adverse psychiatric symptoms." Therefore, during the Korean War US forces were better prepared to deal with NP casualties, which occurred at about the same rate as in the Second World War. The US Army again validated the concept that unit cohesion and morale was one of the key supports that allowed soldiers to deal with combat stress; however, an individual rotation and replacement program often interfered with the maintenance of group cohesion.¹⁹

The modern Israeli experience mirrors the experience of the Allies in the Second World War. During the catastrophic early days of the Yom Kippur War in October 1973, the Israeli Defence Forces (IDF) reported that CSR casualties comprised 60 percent of total casualties. As Israeli forces regained the upper hand in the conflict, CSR casualties fell to 30 percent of total casualties. During the 1982 Lebanon conflict, early Israeli successes and a conviction that their cause was just meant that the IDF suffered very few CSR casualties. As the IDF's advance became bogged down, and doubts were expressed about the righteousness of the Israeli action, CSR casualties of 23 percent of total casualties were reported.²⁰ During the Yom Kippur War, the IDF CSR treatment followed a hospital-based civilian developmental psychology model, similar to the one used by the Allies at the beginning of the Second World War, with the same disappointing results in returning soldiers to combat. After the 1973 War, Israeli CSR treatment was based on the more successful doctrine of forward treatment.²¹

Since the Second World War concepts of social psychology have gradually come to prevail in the treatment of CSR. In the armed forces of western countries CSR casualties are explained as primarily a group phenomenon tied to the collapse of the social network of support (e.g., leadership, cohesion, and morale) found in the unit. Unlike some medical models that predominated in the past that equated CSR symptoms with a psychological disorder based on individual weakness, the social psychology model views CSR symptoms as perfectly normal reactions to the collapse of a group support system designed to help the individual survive in combat. Therefore, this approach focusses on restoring the support systems that permit the individual to function effectively in combat.²²

¹⁸ Copp and McAndrew, 58, 81, 114, 135, 149-50; and Gabriel, 46.

¹⁹ Gabriel, 121.

²⁰ Stasiu Labuc, "Cultural and Societal Factors in Military Organizations," in *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal and A. David Mangelsdorff, eds. (Chichester: John Wiley, 1991), 484-5.

²¹ It was found that 70 percent of soldiers who received forward treatment were returned to combat, whereas rear-based treatment returned only 16 percent of similar casualties, Noy in "Combat Stress Reactions," 520.

²² Noy, in "Combat Stress Reactions," 510; and Gregory Belenky, Shabtai Noy, and Zahava

However, even if group support systems are not optimal, high CSR casualty rates are not inevitable. Despite the practice of individual replacements that disrupted unit cohesion, the Vietnam War produced relatively few CSR casualties in the American Army. A number of explanations have been advanced for this. One is that if all cases of drug and alcohol abuse (which was quite high),²³ psychosis, and "fragging" were reported as CSR, then the CSR rate would have been much higher.²⁴ Another reason put forward for the low CSR rate is the relatively small number of combat troops in theatre (at its peak of 565,000 the US Army could only muster 88,000 combat troops) meant that, proportionally, not many American soldiers actually came in contact with the enemy. It is revealing that during the set-piece battles of the Tet offensive launched by North Vietnam in 1968, US forces suffered CSR rates that approached the Second World War and Korean War rates.²⁵

In the aftermath of the Vietnam War, when large numbers of Vietnam veterans (estimated at between 500,000 and 1,500,000) reported severe stress-related symptoms after returning home, a new disorder appeared in the medical literature - Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).²⁶ It has been suggested that the rapid release of Vietnam veterans from the service was responsible for this phenomenon, whereas in the Second World War the slow discharge process either diminished or hid symptoms of PTSD.²⁷ PTSD appears to be a common form of illness among veterans of Low Intensity Conflicts (LICs), due, some believe, to the highly personal nature of the violence, the uncertainty and ambiguity as to who is a combatant, the necessity of limiting aggressive action, and feelings of guilt over the inability to intervene effectively. Therefore, the prevention and treatment of CSR casualties from LICs may be more complex than treating those from mid- or high-intensity conflicts.²⁸

Noncombat Stress

When the Korean war settled into a stalemate, the US maintained large forces in the

Solomon, "Battle Stress, Morale, Cohesion, Combat Effectiveness, Heroism, and Psychiatric Casualties: The Israeli Experience," in *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, ed. (Westport, CT: Greenwood Press, 1987), 18.

²³ Gregory Belenky and Franklin D. Jones, "Combat Psychiatry - An Evolving Field," in *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, ed. (Westport, CT: Greenwood Press, 1987), 4.

²⁴ Noy in "Combat Stress Reactions," 508-9.

²⁵ Gabriel, 122.

²⁶ Gabriel, 123; and Noy in "Combat Stress Reactions," 516.

²⁷ Noy in "Combat Stress Reactions," 509.

²⁸ Belenky and Jones, "Combat Psychiatry - An Evolving Field," 5; and Belenky and Jones, "Conclusions: The Future of Combat Psychiatry," in *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, ed. (Westport, CT: Greenwood Press, 1987), 254.

country, nevertheless soldiers were still in a hostile environment deprived of many of the comforts of home. Despite the lack of combat, US forces continued to experience relatively high numbers of "psychiatric casualties." The old symptoms of "nostalgia" reappeared, including secondary reactions of frostbite, alcohol abuse, and complaints of lower back pain and general malaise. A similar situation seems to have existed during the Vietnam War because, with most American soldiers employed in non-combat jobs, the majority of "psychiatric casualties" were of the nostalgia variety, now termed "disorders of loneliness."²⁹

A study by the Walter Reed Army Institute of Research of a US battalion deployed in the Sinai in 1982 with the multinational force and observers (MFO) noted that the lack of action and the defensive posture of the peacekeeping mission was potentially more stressful than active operations for elite troops. The study concluded that the health of the battalion was worse in theatre than it had been in the US, and that a number of physical illnesses were probably a result of psychosocial stress.³⁰

The experience of Canadian peacekeepers since 1947 has been consistent with those of the US MFO battalion. A recent study concluded that those going on peacekeeping missions needed to be carefully screened to avoid taking those who could not cope with the stress of the mission; that maintenance of cohesion and morale in theatre requires more attention; and that while improvements have been made to the personnel support system there is still dissatisfaction among those surveyed with the support they have received.³¹

Researchers in the field Noncombat Stress have concluded that a great deal of study still needs to be conducted in this area. However, it appears that, as with combat stress, high levels of unit cohesion and morale assist soldiers in withstanding operational stress, and that post-deployment stress-related illness should be expected.³²

Reactions of Soldiers to Combat Stress

Prior to the First World War, the most common reaction to the stress of campaigns and battles was desertion. Sometimes it reached "epidemic proportions," as occurred in some campaigns of the French Revolutionary armies at the end of the 18th century, and the Union and

²⁹ Gabriel, 120-1, 122. Another indicator that something was wrong is found in the statistic that in 1985 among the 14,000 men stationed in Korea no fewer than 12,000 cases of sexually transmitted diseases (STD) were reported.

³⁰ Joseph M. Rothberg, et al., "Illness and Health of the US Battalion in the Sinai MFO Deployment," *Armed Forces and Society* 11, no. 3 (Spring 1985), 413-4, 421-2.

³¹ Franklin C. Pinch, "Lessons from Canadian Peacekeeping Experience," unpublished report prepared for DND, November 1994, viii-xiii.

³² Tomi S. MacDonough, "Noncombat Stress in Soldiers," in *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal and A. David Mangelsdorff, eds. (Chichester: John Wiley, 1991), 548-9; and Pinch, xi, xiv.

Confederate Armies during the American Civil War. For example, Lee's hard pressed Army of Northern Virginia had lost about 20 percent of its effective strength to "stragglers" before the battle at Antietam (1862) and it was reported that among "the thousands of stragglers were a considerable number of men who had simply had enough."³³ This was an accepted reaction to the strain of war and the officers of that time accepted that large parts of their armies would leave the ranks when the stress of a campaign became too great. In an apparent return to a pre-20th century model, the US armed forces, particularly the army and navy, have reported that desertion rates have increased by up to 50 percent in the last five years. Just as in previous centuries, when there was no great stigma attached to desertion, some of today's youth are reacting to the stress of military service by abandoning their posts.³⁴

The pre-20th century attitude towards desertion changed with the static nature of trench warfare and the more efficient staff organizations of the First World War that could now control troop movements more effectively. Faced with the threat of court martial and even execution,³⁵ many soldiers withdrew mentally from combat and this spawned the diagnosis of "hysteria," later "shell shock," which quickly replaced that of "nostalgia." Instead of physically leaving the trenches, soldiers developed symptoms that had been seen before, like cardiac palpitations and depression, and some new ones, including psychologically-induced paralysis of limbs and deafness, which allowed the medical system to remove them from combat without the stigma, or penalties, attached to desertion. In fact, once the phenomenon of shell shock was described in the British popular press, large numbers of replacement troops reported the symptoms and were evacuated from the theatre of operations before they had even reached the front line or been under fire.³⁶

³³ Stephen W. Sears, *Landscape Turned Red: The Battle of Antietam* (New York: Popular Library, 1983), 186, 194, 339.

³⁴ "Statistics show that the Army recorded 1,821 deserters in 1996 and 2,438 in 1998. The latest figure is about double the number of deserters recorded five years ago. Most defecting soldiers are in their first three years of service. The Navy reports the number of deserters increased from 1,737 in 1997 to 2,086 this year, a bump up of 20 percent among an enlisted force of 320,000...Desertion is defined as an intent to permanently stay away, while AWOL means the soldier intended to return." Rowan Scarborough, "US Military Hurt by Rise in Deserters," *The Washington Times* (1 October 1999), <http://www.washtimes.com/nation/nation1.html>.

³⁵ British courts-martial convicted 3000 soldiers for cowardice, and of that number 346 were executed. A considerable number were suffering from war-induced mental illness. Ted Boacz, "War Neurosis and Cultural Change in England 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock,'" *Journal of Contemporary History* 24 (1989), 228. Twenty-two of 25 Canadians convicted of desertion were executed in the First World War, and one was executed for cowardice, while many others had their sentences commuted. Desmond Morton, "Military Medicine and State Medicine: Historical Notes on the Canadian Army Medical Corps in the First World War 1914-1919," in *Canadian Health Care and the State*, David C. Naylor, ed. (Montreal and Kingston: McGill-Queen's Univ. Press, 1992), 50.

³⁶ "Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock,'" Cmd 1734, (London: HMSO, 1922), 46.

As with the secondary symptoms exhibited by some soldiers in the First World War, the Korean and Vietnam Wars showed that CSR can be indicated by other illnesses (e.g., frostbite, alcohol and drug abuse, sexually transmitted diseases, and complaints of lower back pain and general malaise), or its symptoms can be delayed and appear as PTSD.

It is now generally accepted in the literature that the symptoms of CSR will vary according to the combat or operational environment. The chief of research for mental health in the IDF, Shabtai Noy, has suggested that intense combat (termed "massed stress") usually results in dramatic psychiatric symptoms (like those seen in the First and Second World Wars), while exposure to intermittent stress (termed "sporadic stress") usually leads to such problems as substance abuse, depression, anxiety, or amnesia and an increase in administrative removals, whereas exposure to relatively low but constant levels of operational stress (termed "intermediate stress") tends to result in evacuations for fatigue and physical illness (vomiting, digestive system disturbances, lack of appetite, diarrhea, and muscular tremors with no readily identifiable cause similar to symptoms associated with nostalgia over 300 years ago).³⁷

Noy argues that, being a reaction to trauma, CSR changes over time. This appears to be true because, as we have seen, there is no simple set of CSR symptoms that can be attributed to all wars, and that soldiers who could not cope with the stress often exhibited whatever symptoms would get them out of combat.³⁸ The mechanism of this behaviour was explained as early as the First World War, and is still accepted by many today, as an inner conflict within those soldiers placed in situations that are perceived to be a threat to their survival. Some of these soldiers, faced with the choice of "fight or flight," will elect "flight." When prevented from physically leaving the combat environment, these soldiers may exhibit genuine clinical symptoms, caused by their subconscious conflict. The symptoms often take the form of those signs that are accepted either by society or the medical profession as bona fide reasons for being removed from the stressful situation. But how society and the medical profession has interpreted these symptoms has varied over time and between cultures.³⁹

Society and CSR

The treatment of CSR casualties has changed, sometimes dramatically, in this century, and some of the reasons for these changes will be discussed here. At the beginning of the First World War, the "manly courage" of its soldiers was taken for granted by the Canadian populace and the Canadian Army Medical Corps. Nonetheless, the large number of "shell shock"

³⁷ Noy in "Combat Stress Reactions," 510, 522.

³⁸ Gabriel, 41 42-3.

³⁹ The effects of culture on the interpretation of the symptoms of mental disorders has generated an ongoing debate in the medical profession. Recent articles in the literature show that the debate continues to be lively. See for example, Peter J. Guarnaccia and Lloyd H. Rogler, "Research on Culture-bound Syndromes: New Directions," *The American Journal of Psychiatry* 156, no. 9 (September 1999), 1322-1327; and Gary J. Tucker, "Putting DSM-IV in Perspective," *The American Journal of Psychiatry* 155, no. 2 (February 1998), 159-161.

casualties persuaded Canadian authorities to take a more sympathetic view of those who suffered from "nervous disorders."⁴⁰ Free medical care was provided for all returned soldiers for one year after the war, but then it was restricted to pensioners with permanent injury or recurring sickness. The change in Canadian attitudes was slow in coming, however, as shell shock victims were denied pensions, on the advice of Russel and other leading medical professionals, until at least 1925. Eventually two purpose-built veteran's hospitals were constructed for those suffering from mental illnesses, and by 1928 they represented one quarter of all disabled veterans. By the eve of the Second World War that proportion was close to one half.⁴¹ But it was an anathema to many people in Canadian society, who believed that any illness whether shell shock or pneumonia was evidence of personal shortcomings, that thousands of veterans in apparent good physical health should be drawing pensions or receiving free hospital care for a mental illness. Our military pension system's policies, first devised in 1916 on the principle of the rehabilitation of veterans to lead productive lives, reflected this attitude. Based on the experiences of the Americans after their Civil War and the French Army early in the First World War both of which ended up giving generous pensions to thousands of veterans, Canadian pension officials were "generous on paper but tight-fisted in practice." Medical boards and examiners rarely gave full pensions, and by 1920 only 5,000 of 70,000 pensioners had been awarded full disability benefits.⁴²

A great deal of research remains to be done on the effect of society's attitudes to the treatment of veterans since the First World War, but the case of American Vietnam veterans and the current Gulf War Syndrome (GWS) controversy indicates that in many cases there is a perception that, like their First World War forebears, recent generations of soldiers are not suffering from any real disease. As a recent Rand Corporation report on GWS put it:

The scientific study of stress and its impact on health has made enormous advances in recent years. Unfortunately, these scientific strides have generally not been accompanied by an evolution in popularly held misconceptions about stress. The societal stigma associated with stress as an explanation of poor health and disease has contributed greatly to the politicized environment that sometimes characterizes public discourse concerning the health problems suffered by Gulf War veterans.⁴³

⁴⁰ Morton, 48; and Copp, 69. In the First World War the Canadian army admitted to 15,500 "neuropsychiatric disabilities," of which 9,000 were diagnosed as "shell shock and neurosis."

⁴¹ Morton, 50; and Russel, 36-7. In Britain, two years after Armistice 65,000 ex-servicemen were drawing disability pensions for neurasthenia, and of those 9,000 were still undergoing hospital treatment, Bogacz, 227. Russel was highly critical of the British and French propensity to grant pensions to "war neurosis" cases.

⁴² Morton, 50, 56, 57, 59.

⁴³ "RAND Stress Report," released 21 May 1999, http://www.gulflink.osd.mil/library/randrep/stress/mr1018_4_chap1.html.

The Health Care Community and CSR

Changes in society's attitudes towards stress-induced illness has been mirrored in the attitudes of the health care community towards CSR. However, despite the changes over the past one hundred years, interpretations of psychological disorders by physicians and others responsible for the health care of soldiers have followed a number of well-defined paradigms. The significance of physical causes of CSR (and PTSD) often varies according to the background and training of the observers. Even the First World War diagnosis of shell shock was resurrected by Iranian psychiatrists trying to explain the psychological effect of artillery on Iranian soldiers in the Iran-Iraq War (1980-88).⁴⁴ Recently some toxicologists and experts in environmental medicine have declared that organophosphates can cause both neuropsychological and neuropsychiatric damage that could be responsible for many symptoms of GWS.⁴⁵ Others believe that GWS is a "hysteria," based almost exclusively on emotional reactions to stress and similar to the type of mental condition commonly diagnosed by physicians in the late 19th and early 20th centuries.⁴⁶ Between these views are a whole range of interpretations that combine the effects of the mind and the environment on physical health.

Current Interpretations of CSR

Whatever the competing views about how to interpret various possible stress-induced symptoms in soldiers, the concept of CSR that has been accepted by the Canadian and most western armies is summarized in an essay by Noy.

He addresses the difficulty of distinguishing between the physical symptoms of the illness and the psychology of the label of illness, with its attendant social stigma. In practical terms, however, in order to deal with the psychological issues in a normal military setting he describes return to the unit as the essence of an "active coping" CSR treatment regime. This allows the victims to see the manifestations of their trauma as a temporary and normal reaction to an extreme situation. Noy cautions that perceiving post-traumatic reaction as a disease increases the likelihood of soldiers viewing themselves as continuously traumatized or helpless, and this may lead to chronic PTSD. He goes on to say that abreaction (when the victim re-experiences the trauma in dreams, thoughts, images and sensations) is a natural response to the trauma, part of the healing process, and should be encouraged. Noy states that the forward treatment regime now espoused doctrinally by most western armed forces focusses on getting the soldier to function

⁴⁴ Belenky and Jones, "Combat Psychiatry - An Evolving Field," 2.

⁴⁵ See for example, Professor Andrew Watterson, Centre for Occupational and Environmental Health, De Montfort University, Leicester, "Letter: Stress did not Cause Gulf War Illnesses," *Independent* (5 August 1997), <http://www.elibrary.com/s/edumark/>; and Laura Beil and George Rodrigue, "Gulf War Illness Genuine, Dallas Researchers Say Neurological Damage Suspected," *The Dallas Morning News*, 9 January 1997, p.1A, <http://www.elibrary.com/s/edumark/>.

⁴⁶ Scott Owens, "Gulf War-related Illness, Chronic Fatigue are Modern Hysterias, Author Says," *Gannett News Service* (12 May 1997), <http://www.elibrary.com/s/edumark/>.

and back to his or her unit again in as short a period of time as possible. This treatment regime assumes that abreaction and social support will be given at the unit level once the soldier returns to duty. Noy concludes by emphasizing that prevention of CSR by selection is generally unsuccessful because no single factor distinguishes a potential CSR casualty from those who do not become casualties and that stress inoculation has limited effectiveness. He reminds us that strength of leadership and unit cohesion are the only factors with "demonstrated merit" in reducing CSR casualties.⁴⁷

The philosophy for the treatment of CSR casualties described above focuses on in-theatre treatment. The issues of post-deployment treatment of potential sufferers are still being debated. But both types of treatment are dependent upon the attitudes of those medical professionals in uniform who are given the responsibility of caring for our soldiers before, during, and after deployments to areas of operations.

The Medical Profession and CSR

In the US military a debate has arisen about the adequacy of medical care for their troops when deployed on operations. The debate is based on the difference between "medicine in the military" and "military medicine." According to one argument, medicine as practiced in the military in peacetime resembles health care as managed in a civilian clinical setting, while military medicine is only very distantly related to "medicine in the military."⁴⁸ Unlike medicine in the civilian sector, which tends to put the well being of the patient first, military medicine takes a different first principle. Based on the experience of past wars, some commentators see the fundamental goal of military medicine to be the conservation of human resources for military purposes. This implies a return to duty as soon as possible, even if this means likely death or injury for the individual, or, where return to duty is impossible, discharge at the earliest possible moment.⁴⁹

This became a contentious issue in both the First and Second World Wars and could still be troublesome today as illustrated by this statement by a retired US Naval Reserve medical flag officer:

In the comparative luxury of the Vietnam war, many medical officers were shocked by the occasional need to change the pattern of patient care from that practiced in civilian life. Physicians are generally a rigid, compulsive group, and in many cases the cultural,

⁴⁷ Noy, 517, 519, 520. For a similar view on the selection issue see Gabriel, 8-9. However, other researchers claim that some individuals may have attributes that make them more resistant to stress, for example, Kenneth D. Allred, and Timothy W. Smith "The Hardy Personality: Cognitive and Physiological Responses to Evaluative Threat," *Journal of Personality and Social Psychology* 56, (January 1989), 257-66.

⁴⁸ Ronald F. Bellamy and Craig H. Llewellyn, "Preventable Casualties: Rommel's Flaw, Slim's Edge," *Army* 40, no. 5 (May 1990), 52-6.

⁴⁹ Morton, 55.

professional, and emotional shock of having to compromise or modify patient care actually immobilized or rendered unfit the physician suddenly placed in the combat zone.⁵⁰

This issue re-surfaced in the Gulf War when the US Navy estimated that less than 10 percent of its physicians being deployed could treat battle casualties, including the naval infantry of the US Marine Corps, properly.⁵¹ This may also be a problem for the Canadian Forces (CF) as the following extract from current CF Health Services Support (HSS) doctrine illustrates: "HSS must conform to the constraints imposed by the physiology and pathology of the sick and injured, and be governed by the highest standards of medical and dental practice and ethics. In addition, HSS must conform to operation plans and requirements."⁵² The problem comes when the highest standard of medical practice conflicts with operation plans and requirements. In the context of CSR, treatment by those trained in a civilian model of care could be problematic because in dealing with psychological illness, the civilian practitioner usually focuses on the abnormal reactions of patients to normal environments, whereas the military practitioner often treats the normal reactions of service personnel in the abnormal situations of combat or intense operations.

The various frameworks used by the medical profession to interpret stress-induced casualties have a profound influence on the treatment of the individual and the effectiveness of the military force. From a historical perspective, these interpretations have changed, and probably will continue to change, as society's attitudes evolve and as scientific research provides new evidence for competing interpretations of human behaviour in battle.

Conclusions

CSR can be a serious problem for military forces. In the past, units engaged in intense combat have suffered CSR casualties amounting to as much as one third, or more, of the entire force.⁵³ In these cases, CSR casualties have frequently comprised the majority of the total casualties suffered by these units. Overall, US forces lost 504,000 men to "psychiatric collapse" in the Second World War, enough to man 50 combat divisions.⁵⁴ In addition, PTSD has been a serious health problem after the soldiers have returned home. Both types of casualty represent a great waste to our society. CSR casualties can be an immediate problem to the commander in the

⁵⁰ Arthur M. Smith, "The Influence of Medicine on Strategy," *Naval War College Review* 41, no. 2 (Spring 1988), 31.

⁵¹ Arthur M. Smith, "Joint Medical Support: Are We Asleep at the Switch?" *Joint Force Quarterly*, no. 8 (Summer 1995), 104.

⁵² B-GG-005-004/AF-000, "Canadian Forces Operations," (15 May 1997), Chapter 19 Health Services Support, Article 1903, para 2, http://www.dnd.ca/dcds/drs/pubs/cfdoc19_e.htm.

⁵³ Noy in "Combat Stress Reactions," 508.

⁵⁴ Gabriel, 4.

field. However, those who may suffer from the long term effects of stress from operational service represent a loss not only to the armed forces, which must replace experienced and well-trained soldiers, but also to society as a whole, which instead of a productive and contributing member may have to deal with someone who is unable to work and who must depend on social assistance or a pension after his or her military service is concluded. This situation is further complicated by the prejudice that still exists in western societies against anyone suffering from diseases that are believed to have "mental" causes.

History shows that difficult challenges confront those who try to distinguish between physical and mental causes for illnesses suffered by soldiers whose physical health has been affected after exposure to significant stress in combat or on intensive operations. As we have seen, the interpretation and treatment of the illnesses of those returning from combat or operations varies according to the attitudes of society, health care professionals, and military leaders. The ongoing controversy over GWS demonstrates that these issues are with us in much the same form as in the past. The US Department of Defense has spent \$100 million on Gulf War health research since 1994, and while those charged overseeing the research express confidence in the outcome, a recent study of only one chemical agent reveals how complicated these questions can be. This particular study reviewed about 1,000 published investigations on the drug, pyriostigmine bromide (PB), and concluded that exposure to it might produce lingering symptoms years afterwards, but that "This does not imply that it is necessarily a causal factor, only that the possibility cannot be dismissed..." Another \$17 million has been allocated to further studies on the effects of PB.⁵⁵

The GWS debate is a clear example that the issues surrounding illnesses that may have been caused by exposure to combat or intense operations are far from resolved. The opinions expressed in the debate run the whole gamut of beliefs about the subject, and most are based on paradigms that have been used in the past to try to explain the various illnesses not directly related to physical injuries that have afflicted soldiers. For those investigating perplexing subjects like CSR, they will continue to encounter many competing explanations based on the paradigms of the experts providing each interpretation. To date, we can only say that no explanation has been generally accepted to account for the precise causes of illnesses that may result from the stress of combat or intense operations. It may be that, like our predecessors, we are still grappling with problems beyond our capacity to solve.

⁵⁵ David Brown, "'Gulf War Syndrome' Study Looks at Nerve Gas Protection," *Washington Post* (19 October 1999), p. A03, <http://www.washingtonpost.com/>. According to this article, about 697,000 men and women served in the Gulf in 1990 or 1991. The number with chronic symptoms since then is unknown.

**INTERPRÉTATIONS HISTORIQUES ET CONTEMPORAINES
DES RÉACTIONS AU STRESS DE COMBAT**

Préparé pour la Commission d'enquête - Croatie

par le D^r Allan D. English

Le 26 octobre 1999

© Allan D. English

Vous pouvez écrire à l'auteur à : english-a@rmc.ca

INTERPRÉTATIONS HISTORIQUES ET CONTEMPORAINES DES RÉACTIONS AU STRESS DE COMBAT

Préparé pour la Commission d'enquête - Croatie

par le D^r Allan D. English

Le 26 octobre 1999

Introduction

Le fait de reconnaître que ceux qui ont été appelés à servir leur pays au combat subissent les effets du stress date presque des premiers écrits historiques. Les dirigeants des anciens Israélites dispensaient du service ceux qui étaient sur le point de se marier et ceux qui venaient tout juste de bâtir leur maison ou de planter leurs vignes. Ces personnes étaient temporairement exemptées de service parce que leurs dirigeants savaient qu'elles ressentiraient probablement de façon plus aiguë que leurs compagnons d'armes les effets du stress de combat. De plus, les Israélites savaient que la peur peut être contagieuse, et les officiers de leur Armée avaient reçu la consigne de parler à leurs soldats ainsi : «Qui est-ce qui a peur et manque de courage? Qu'il s'en aille et retourne dans sa maison, afin que ses frères ne se découragent pas comme lui¹.»

Cet ouvrage a été écrit dans le but de fournir aux membres de la Commission d'enquête - Croatie des exemples historiques et contemporains d'interprétations du stress et des effets du stress ressenti au cours de combats ou d'opérations intensives, communément appelé réactions au stress de combat (RSC)². En se penchant sur certains thèmes, comme les symptômes, le diagnostic et le traitement; le stress non lié au combat; les réactions des soldats face au stress et les réactions de la société et des professionnels de la santé face aux RSC, je montrerai comment l'interprétation des RSC a varié d'une époque à l'autre selon des facteurs tels que les conditions entourant les combats, l'attitude de la société à l'égard des maladies mentales et l'attitude des professionnels de la santé et des chercheurs à l'égard des maladies provoquées par le stress. Cela représente une difficulté supplémentaire pour ceux qui cherchent à établir la distinction entre les causes exogènes (ou extérieures) et les causes dues au stress des symptômes manifestés par ceux qui ont participé à des combats ou à des opérations intensives.

Il existe plusieurs définitions des RSC, mais la plus complète et celle qui fait état du plus grand nombre de symptômes de nature autre que physique est : «tous les soldats qui demandent à être évacués pour toute autre raison que celle d'avoir été atteints par un projectile ou un explosif ennemi souffrent de RSC³»[trad.]. Cette Commission se préoccupant davantage des effets des

¹Deutéronome, chap. 20, versets 5 à 8.

²Les réactions de stress de combat (RSC) ont été décrites de plusieurs façons. Dans cet ouvrage, j'emploierai la définition qu'on rencontre le plus souvent dans les ouvrages de psychologie (voir la note suivante) et la plus utilisée par les Forces canadiennes. En termes cliniques civils, les RSC peuvent être diagnostiquées comme un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou un syndrome de stress aigu (SSA) selon le temps d'apparition des symptômes et leur durée. Pour plus de détails, consultez *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la American Psychiatric Association (APA), 4^e édition, Washington, DC, APA, 1994, p. 424-431.

³Shabtai Noy, «Combat Stress Reactions», dans *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal

RSC sur les forces terrestres, cet ouvrage se concentrera sur l'évolution des RSC d'un groupe.

Symptômes, diagnostic et traitement

La première mention des RSC dans la littérature médicale se trouve dans un article de Johannes Hofer publié en 1678. Il y décrivait une maladie dont souffraient les mercenaires suisses ayant servi en France, manifestant des symptômes variés : découragement, mélancolie persistante, regret obsédant du foyer, manque de sommeil ou insomnie, faiblesse, perte de l'appétit, anxiété, palpitations, stupeur et fièvre. Parfois, ceux qui ne pouvaient retourner chez eux mouraient ou devenaient fous. La description claire fournie par Hofer de ces cas a permis aux médecins de reconnaître l'existence de la «nostalgie» en se fondant sur le symptôme le plus évident et de la classer comme maladie associée aux soldats en service loin de chez eux. Dès le XIX^e siècle, bien des médecins, croyant que les symptômes de nostalgie étaient provoqués par des changements pathologiques se produisant dans les organes internes, ont remarqué qu'après la mort on trouvait des altérations au cerveau et à d'autres structures qui n'en comportait aucune puisque, pour la plupart, ils s'attaquaient à des concepts trop complexes pour leur capacité à résoudre des problèmes⁴. Pourtant, le diagnostic de «nostalgie» a été largement accepté jusqu'à la Première Guerre mondiale, époque où des changements radicaux sont apparus dans le domaine du diagnostic et du traitement des blessures de nature autre que physique liées au combat.

Au tout début, on considérait que les membres des Armées britanniques et canadiennes qui ne pouvaient faire face à des tensions mentales liées au combat souffraient d'hystérie, une maladie que l'on croyait causée par un manque de volonté, par la paresse ou des mœurs dépravées⁵. Les malades étaient traités de la même façon qu'ils l'auraient été dans une clinique civile. Ils étaient évacués en Grande-Bretagne où, après avoir pu se reposer et avoir reçu des signes de compassion, les symptômes de certains d'entre eux ont disparu, mais ils ont été placés pour la plupart dans des établissements et sont devenus des malades chroniques⁶. Ces pertes ont été ressenties dans ces deux armées mais sont devenues vraiment critiques lorsque, après la première bataille de la Somme en juillet 1916, «plusieurs milliers de soldats» ont dû être retirés des combats à cause de désordres nerveux, une bonne partie de ceux-ci n'ont plus jamais fait partie de l'armée. Un nouveau régime de traitement a rapidement été institué, régime qui dès

et A. David Mangelsdorff, dir., Chichester, John Wiley, 1991, p. 508.

⁴George Rosen, «Nostalgia: a "Forgotten" Psychological Disorder», dans *Psychological Medicine* n° 5, 1975, p. 340-354.

⁵Michael J. Clark, «The Rejection of Psychological Approaches to Mental Disorder in Late Nineteenth-Century British Psychiatry», dans *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen*, Andrew Scull, dir., Londres, Athlone, 1981, p. 293-297.

⁶Sidney I. Schwab, «The War Neuroses as Physiologic Conversions», dans *Archives of Neurology and Psychiatry* n° 1, 1919, p. 593; et Arthur F. Hurst, «Hysteria in Light of the War Experience», dans *Archives of Neurology and Psychiatry* n° 2, 1919, p. 565.

1918 avait évolué au point d'être très semblable au traitement utilisé près du front de nos jours pour les RSC, mettant l'accent sur les principes de l'imminence, de la proximité et des attentes. Cependant, selon le lieutenant-colonel Colin Russel, un imminent neurologue canadien, ceux qui ont été évacués en Grande-Bretagne au Canada ont été soumis à une variété de traitements visant à les «persuader» de retourner au front ou de devenir des membres productifs de la société. Les traitements allaient du counselling sous forte pression aux électrochocs administrés à ceux qui n'étaient pas aussi faciles à convaincre avec des mots⁷.

Ces traitements étaient basés sur une théorie paradoxale sur les maladies existant à cette époque. D'une part, depuis la découverte au XIX^e siècle de la bactérie comme cause de plusieurs maladies, une nouvelle idéologie s'est imposée dans les collectivités scientifique et médicale selon laquelle la presque totalité des maladies dont souffrent les humains avaient des causes de nature physique. D'autre part, plusieurs médecins au tournant du siècle croyaient que toutes les maladies mentales étaient causées par un manque de contrôle sur les instincts humains primordiaux et qu'il était de leur devoir d'aider leurs patients à surmonter leurs faiblesses morales afin de les guérir d'une telle maladie⁸. Ces deux principes ont été rapidement appliqués à ceux qui étaient évacués du combat sans aucune blessure physique car, comme le disait un imminent psychiatre de l'Armée britannique de la Seconde Guerre mondiale, la société ne pouvait accepter «l'idée que le soldat britannique ou "héros" montre des signes de maladie "mentale" parce que cela devenait "une preuve honteuse de faiblesse morale"»⁹. On a plutôt émis l'hypothèse que la force de suppression d'un obus qui explose avait causé des dommages physiques au système nerveux des victimes, leur donnant ainsi une raison valable d'être retirés du combat. Ce nouveau diagnostic de «traumatisme dû au bombardement» a été utilisé en vue de classer de façon convenable un grand nombre de soldats qui souffraient de certains types de troubles psychologiques au cours de la Première Guerre mondiale. Dès la fin de la guerre, même s'il était admis que le choc de suppression ne produisait pas ces troubles, plusieurs professionnels de la santé, formés dans la conviction que la presque totalité des maladies avaient une cause physique, étaient convaincus que ces troubles avaient une origine physique encore inconnue¹⁰.

Au cours de la Seconde Guerre mondiale, les symptômes ressentis par ceux qui souffraient de maladies provoquées par le stress étaient semblables à ceux observés entre 1914 et 1918, mais dès 1939 l'attitude envers les soldats souffrant de ce qu'on appelait les troubles neuropsychiatriques (NP)¹¹ avait changé de manière significative, mais pas nécessairement pour

⁷ Colin K. Russel, «War Neurosis», dans *Archives of Neurology and Psychiatry* 1, 1919, p. 34-35.

⁸ Andrew Scull, «The Social History of Psychiatry in the Victorian Era», dans *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen*, Andrew Scull, dir., Londres, Athlone, 1981, p. 25; et Clark, p. 274, 295, 297 et 300.

⁹ Robert H. Ahrenfeldt, *Psychiatry in the British Army in the Second World War*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1958, p. 6. L'emphasis est notée dans le texte original.

¹⁰ H. C. Marr, *Psychoses of the War*, Londres, Henry Frowde, 1919, p. 46-47.

¹¹ Beaucoup de termes étaient utilisés à la Seconde Guerre mondiale pour caractériser les

le mieux, car les traitements appliqués à ceux qui manifestaient des symptômes de NP étaient en fait moins efficaces pour faire revenir les soldats au combat que ceux qui étaient utilisés en 1918. Comme à la Première Guerre mondiale, suite à l'empressement entourant la mobilisation, ni l'Armée britannique ni l'Armée canadienne n'a apporté un grand soin à la sélection, surtout pour ce qui était de la condition psychologique des recrues au tout début de la guerre. Par conséquent, plusieurs hommes inaptes se sont retrouvés en uniforme¹². En dépit du grand nombre d'hommes susceptibles de souffrir de problèmes NP, les Armées britanniques et canadiennes semblaient avoir oublié les leçons de la Première Guerre mondiale et peu de temps après le début de la Seconde Guerre mondiale, ces armées avaient décidé d'évacuer les victimes de NP à l'arrière-garde afin de les soumettre à une thérapie intensive qui produisait une faible proportion de retours au combat¹³. Tout comme ses alliés britanniques et canadiens, l'Armée américaine a tout d'abord identifié les problèmes de NP comme des phénomènes cliniques ou médicaux, principalement provoqués par un défaut dans la personnalité du soldat, mais en raison de leur participation plus tardive aux combats, les forces armées américaines ont pu mettre sur pied un système de sélection rigoureux¹⁴. Les statistiques du Selective Service System démontrent qu'environ 40 p. 100 de toutes les personnes enrôlées ont finalement été rejetées pour des raisons émotionnelles, psychiatriques ou de comportement¹⁵. En présumant que la plupart des gens prédisposés à souffrir d'une dépression nerveuse au combat avaient été refusés, l'Armée américaine a basé ses traitements sur les modèles civils de la psychologie génétique et de la psychiatrie freudienne. Ces modèles avaient tendance à ignorer le nouveau traitement dont on avait découvert l'efficacité dès la fin de la Première Guerre mondiale ainsi que les régimes de traitement approuvés développés par les hôpitaux utilisant de longues séances de psychothérapie, souvent combinées à de fortes doses de calmants, se concentrant sur les changements et la croissance intérieurs du patient¹⁶. Les résultats étaient semblables à ceux obtenus lors de la

victimes de RSC, y compris «pas encore diagnostiqué (nerveux)», psychonévrose, névrose d'angoisse et stress de combat, Copp et McAndrew, p. 22. En 1943, pour éviter que les soldats se fassent traiter de «fous» les officiers supérieurs de l'armée américaine insistaient pour que seul le terme «épuisement» soit employé pour ce genre de victimes. Richard Gabriel, *No More Heroes: Madness and Psychiatry in War*, New York, Hill and Wang, 1987, p. 39-41.

¹²Terry Copp, «The Development of Neuropsychiatry in the Canadian Army Overseas 1939-1943», dans *Canadian Health Care and the State*, David C. Naylor, dir., Montréal et Kingston, McGill-Queen's Univ. Press, 1992, p. 68.

¹³Terry Copp et Bill McAndrew, *Battle Exhaustion: Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's Univ. Press, 1990, p. 47.

¹⁴Shabtai Noy, «Combat Psychiatry: The American and Israeli Experience», dans *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, dir., Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1987, p. 71.

¹⁵Le Selective Service avait tout d'abord refusé 1 686 000 des 5 250 000 candidats (32 p. 100) pour des raisons de troubles émotionnels ou d'éducation ou des lacunes. Entre 1942 et 1945, 504 000 personnes supplémentaires ont été refusées pour des raisons psychiatriques ou de comportement, pour un grand total de près de 42 p. 100, Gabriel, p. 9.

Première Guerre mondiale, où très peu de ceux qui étaient traités dans les établissements retournaient au combat. Par exemple, au cours des campagnes américaines en Afrique du Nord et en Sicile, 35 p. 100 de toutes les victimes toujours en vie ont été diagnostiquées comme des cas «psychiatriques», cependant, étant donné que la majeure partie de celles-ci étaient évacuées à au moins 144 km du front pour être traitées, pas plus de 3 p. 100 sont retournées au combat¹⁷. Malgré le fait que de nombreux psychiatres préféraient leurs méthodes de traitement habituelles mises au point dans les hôpitaux, la crise de personnel de la campagne de l'Europe du Nord-Ouest (1944-1945), avec une proportion moyenne de 25 p. 100 des unités combattantes souffrant de NP, a finalement forcé les Armées alliées à recommencer à utiliser les méthodes de traitement avancées éprouvées datant de la Première Guerre mondiale¹⁸.

Prenant appui sur son expérience de la Seconde Guerre mondiale, l'Armée américaine a admis le fait qu'après 35 jours de combat soutenu, 98 p. 100 des soldats montraient des «symptômes psychiatriques indésirables». Ainsi, au cours de la guerre de Corée, les forces armées américaines étaient mieux préparées à s'occuper des victimes de NP, que l'on trouvait presque en même proportion que lors de la Seconde Guerre mondiale. L'Armée américaine a encore soutenu le concept que la cohésion et le moral de l'unité étaient deux des éléments clés du soutien permettant aux soldats de faire face au stress de combat. Cependant, un programme de roulement et de remplacement individuel nuisait souvent au maintien de la cohésion du groupe¹⁹.

L'expérience moderne des Israélites reflète l'expérience vécue par les alliés lors de la Seconde Guerre mondiale. Au cours des premiers jours catastrophiques de la Guerre du Kippour en octobre 1973, les Forces israéliennes de défense (IDF) ont rapporté que 60 p. 100 du nombre total de victimes souffraient des RSC. À mesure que les Forces israéliennes ont repris l'avantage dans le conflit, la proportion de victimes des RSC est descendue à 30 p. 100 du nombre total de victimes. Au cours du conflit libanais de 1982, les succès précoces des Israéliens et la conviction que leur cause était juste ont eu comme résultat que les IDF ont compté très peu de victimes des RSC. Comme l'avance israélienne s'enlisait et que des doutes étaient exprimés quant au bien-fondé des actions des Israéliens, on a rapporté un pourcentage total de victimes des RSC de 23 p. 100 par rapport au nombre total de victimes²⁰. Au cours de la guerre du Kippour, les traitements des RSC des IDF étaient basés sur un modèle civil de psychologie génétique mis au point dans des hôpitaux, semblables à ceux utilisés par les alliés au début de la Seconde Guerre

¹⁶Noy dans «Combat Stress Reactions», p. 509; et Allan D. English, *The Cream of the Crop: Canadian Aircrew 1939-1945*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1996, p. 68, 69, 74 et 79.

¹⁷Gabriel, p. 117-118.

¹⁸Copp et McAndrew, p. 58, 81, 114, 135, 149-150 et Gabriel, p. 46.

¹⁹Gabriel, p. 121.

²⁰Stasiu Labuc, «Cultural and Societal Factors in Military Organizations», dans *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal et A. David Mangelsdorff, dir., Chichester, John Wiley, 1991, p. 484-485.

mondiale, avec les mêmes résultats décevants pour ce qui est du retour des soldats au combat. Après la guerre de 1973, les traitements des RSC des Israéliens étaient fondés sur la doctrine plus efficace du traitement avancé ²¹.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, des théories de psychologie sociale ont graduellement prévalu dans le traitement des RSC. Dans les forces armées des pays occidentaux, les victimes des RSC sont décrites principalement comme des personnes souffrant d'un groupe de phénomènes liés à l'effondrement du réseau de soutien (le leadership, la cohésion et le moral par exemple) se produisant dans l'unité. À la différence de certains modèles médicaux prédominants par le passé qui assimilaient les symptômes de RSC à des troubles psychologiques causés par des faiblesses personnelles, le modèle de psychologie sociale considère que les symptômes de RSC sont des réactions parfaitement normales causées par la disparition du système de soutien de groupe servant à aider les personnes à survivre au combat. Ainsi, cette approche se concentre sur le rétablissement des systèmes de soutien qui permettent aux personnes de fonctionner de façon efficace au combat ²².

Cependant, même si les systèmes de soutien de groupe ne sont pas optimaux, un taux élevé de victimes des RSC ne sont toutefois pas inévitables. Malgré la pratique des remplacements individuels qui bouleverse la cohésion de l'unité, la guerre du Viêtnam a fait relativement beaucoup moins de victimes des RSC dans l'Armée américaine. Un certain nombre d'explications ont été avancées à ce sujet. L'une d'elles soutient que si tous les cas d'abus de drogues ou d'alcool (cas qui étaient plutôt nombreux) ²³, de psychose et les cas de «fragging» (attentats à la grenade contre les officiers) avaient été considérés comme des RSC, alors la proportion de victimes des RSC aurait été beaucoup plus élevée ²⁴. Une autre raison avancée pour expliquer le taux de victimes des RSC peu élevé est le nombre relativement petit de troupes de combat présentes dans le théâtre d'opérations (même à son maximum de 565 000 personnes, l'Armée américaine ne pouvait réunir que 88 000 troupes de combat) ce qui voulait dire que, proportionnellement, très peu de soldats américains sont effectivement entrés en contact avec l'ennemi. Il est révélateur qu'au cours des batailles délibérées de l'offensive de Tet lancée par les Nord-Vietnamiens en 1968, les forces armées américaines ont eu un taux de victimes des RSC

²¹ Il s'avère que 70 p. 100 des soldats qui ont reçu un traitement avancé sont retournés au combat tandis que seulement 16 p. 100 de ceux qui ont reçu un traitement à l'arrière-garde pour les mêmes blessures sont retournées au combat, selon Noy, dans «Combat Stress Reactions», p. 520.

²² Noy, dans «Combat Stress Reactions» p. 510 et Gregory Belenky, Shabtai Noy, et Zahava Solomon, «Battle Stress, Morale, Cohesion, Combat Effectiveness, Heroism, and Psychiatric Casualties: The Israeli Experience», dans *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, dir., Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1987, p. 18.

²³ Gregory Belenky et Franklin D. Jones, «Combat Psychiatry - An Evolving Field», dans *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, dir., Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1987, p. 4.

²⁴ Noy, dans «Combat Stress Reactions», p. 508-509.

semblable à celles de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée²⁵.

À la suite de la guerre du Viêtnam, lorsqu'un grand nombre d'anciens combattants de la guerre du Viêtnam (leur nombre est estimé entre 500 000 et 1 500 000), de retour à la maison, ont rapporté de graves symptômes liés au stress, un nouveau trouble a fait son entrée dans les ouvrages de médecine : le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)²⁶. On a laissé entendre que la réformation rapide des anciens combattants est la cause de ce phénomène, alors qu'à la Seconde Guerre mondiale, le lent processus de réformation a soit atténué soit masqué les symptômes du SSPT²⁷. Le SSPT semblait être un type de maladie courant parmi les anciens combattants de conflits de faible intensité (CFI), causée, selon certains, par la nature très personnelle de la violence, l'incertitude et l'ambiguïté entourant la nature d'un combattant, la nécessité de réduire le nombre d'actions agressives et le sentiment de culpabilité lié à l'incapacité d'intervenir de façon efficace. Ainsi, la prévention et le traitement des victimes des RSC ayant participé à des CFI peuvent être plus complexes que le traitement de ceux qui ont participé à des conflits d'intensité moyenne ou à des conflits de haute intensité²⁸.

Stress non lié au combat

Lorsque la guerre de Corée s'est trouvée dans une impasse, les États-Unis ont maintenu un grand nombre de troupes dans le pays, et pourtant, les soldats se trouvaient toujours en milieu hostile, privés d'une bonne partie des douceurs du foyer. Malgré l'absence de combats, les Forces armées américaines ont continué à rencontrer un nombre relativement important de «cas psychiatriques». Les symptômes familiers de «nostalgie» ont réapparu, y compris les réactions secondaires d'engelures, d'abus d'alcool, de problèmes de maux de dos et de malaises généralisés. Une situation similaire semble avoir existé pendant la guerre du Viêtnam car, avec une majorité de soldats américains effectuant des tâches non liées au combat, la majorité des «cas psychiatriques» relevaient de la nostalgie, maintenant appelée «troubles de solitude»²⁹.

Une étude de la Walter Reed Army Institute of Research effectuée sur un bataillon déployé au Sinaï en 1982 avec la Force multinationale et Observateurs (FMO) soulignait que

²⁵Gabriel, p. 122.

²⁶Gabriel, p. 123; et Noy, dans «Combat Stress Reactions», p. 516.

²⁷Noy, dans «Combat Stress Reactions», p. 509.

²⁸Belenky et Jones, «Combat Psychiatry - An Evolving Field», p. 5; et Belenky et Jones, «Conclusions: The Future of Combat Psychiatry», dans *Contemporary Studies in Combat Psychiatry*, Gregory Belenky, dir., Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1987, p. 254.

²⁹Gabriel, p. 120-122. Une autre preuve que quelque chose n'allait pas résider dans les statistiques de 1985, qui démontraient que sur les 14 000 hommes cantonnés en Corée, pas moins de 12 000 cas de maladies transmissibles sexuellement (MTS) ont été rapportés.

l'inaction et l'attitude défensive de la mission de maintien de la paix étaient potentiellement plus stressantes que les opérations actives des troupes d'élite. L'étude concluait que la santé du bataillon était plus mauvaise dans le théâtre d'opérations qu'elle l'était aux États-Unis, et qu'un grand nombre de maladies physiques étaient probablement provoquées par le stress psychosocial³⁰.

L'expérience des casques bleus canadiens depuis 1947 correspond à celle du bataillon FMO des États-Unis. Une étude récente concluait que ceux qui effectuaient des missions de maintien de la paix devaient être soigneusement choisis dans le but d'éviter d'inclure ceux qui ne pourraient faire face au stress de la mission, qu'il fallait veiller davantage à maintenir la cohésion et le moral des troupes dans le théâtre d'opérations et que même si des améliorations ont été apportées au système de soutien du personnel, un certain mécontentement est toujours exprimé par ceux qui ont été interrogés à propos du soutien reçu³¹.

Les chercheurs dans le domaine du stress non lié au combat ont conclu que de plus amples recherches dans ce domaine sont encore nécessaires. Cependant, en ce qui a trait au stress de combat, il semble qu'une grande cohésion et un bon moral aident les soldats à endurer le stress opérationnel et que l'on doit s'attendre à dénombrer des cas de maladies provoquées par le stress lié au post-déploiement³².

Réactions des soldats au stress de combat

Avant la Première Guerre mondiale, la réaction la plus fréquente au stress des campagnes et des combats était la désertion. Parfois, elle atteignait des «proportions épidémiques», comme cela s'est passé au cours de certaines campagnes des armées de la Révolution française à la fin du XVIII^e siècle et des armées de l'Union et celles confédérées pendant la Guerre de sécession. Par exemple, l'armée de la Virginie du Nord de Lee, qui subissait une forte pression, a perdu environ 20 p. 100 de ses effectifs en activité à cause de «déserteurs» avant la bataille d'Antietam (1862), et on a dit que parmi «les milliers de déserteurs, il y avait un nombre considérable d'hommes qui en avaient tout simplement assez»³³[trad.]. Il s'agissait là d'une réaction acceptée causée par la tension occasionnée par la guerre, et les officiers de l'époque acceptaient que de grandes parties de leurs armées quittent les rangs quand le stress d'une campagne devenait trop grand. Lors d'un apparent retour à un modèle antérieur au XX^e siècle, les forces armées

³⁰Joseph M. Rothberg, et autres, «Illness and Health of the US Battalion in the Sinai MFO Deployment», *Armed Forces and Society* 11, n° 3, printemps 1985, p. 413-414 et 421-422.

³¹Franklin C. Pinch, «Lessons from Canadian Peacekeeping Experience», rapport non publié préparé pour le MDN, novembre 1994, p. viii-xiii.

³²Tomi S. MacDonough, «Noncombat Stress in Soldiers» dans *Handbook of Military Psychology*, Reuven Gal et A. David Mangelsdorff, dir., Chichester, John Wiley, 1991, p. 548-549 et Pinch, p. xi, xiv.

³³Stephen W. Sears, *Landscape Turned Red: The Battle of Antietam*, New York, Popular Library, 1983, p. 186, 194, 339.

américaines, particulièrement l'armée et la marine, ont rapporté que le taux de désertion a augmenté de 50 p. 100 au cours des cinq dernières années. Tout comme au cours des siècles précédents, lorsqu'il n'y avait pas de stigmatisme important associé à la désertion, certains des jeunes d'aujourd'hui réagissent au stress du service militaire en abandonnant leur poste³⁴.

L'attitude envers la désertion qui avait cours avant le XX^e siècle a changé avec la nature statique des guerres de tranchées et les organisations de personnel plus efficaces de la Première Guerre mondiale qui pouvaient dorénavant contrôler les mouvements des troupes d'une manière plus efficace. Confrontés à la menace de la cour martiale et même à l'exécution³⁵, beaucoup de soldats se sont mentalement retirés du combat, ce qui a multiplié les diagnostics «d'hystérie» et plus tard de «traumatisme dû au bombardement», qui ont rapidement remplacé celui de «nostalgie». Au lieu de quitter physiquement les tranchées, les soldats ont développé des symptômes qui avaient été observés auparavant, comme les palpitations et la dépression, et de nouveaux, dont la paralysie psychologique des membres et la surdité, ce qui permettait au système médical de les retirer du combat sans les stigmates ou les peines liés à la désertion. En réalité, une fois que le phénomène du traumatisme dû au bombardement a été décrit par la presse populaire britannique, un nombre important de troupes de réserve ont présenté ces symptômes et ont été évacuées du théâtre d'opérations avant qu'elles aient atteint la ligne de front ou essuyé les tirs³⁶.

Comme les symptômes secondaires éprouvés par certains soldats pendant la Première Guerre mondiale, la guerre de Corée et celle du Viêtnam ont démontré que la RSC peut être

³⁴«Les statistiques démontrent que l'armée a rapporté 1 821 déserteurs en 1996, et 2 438 en 1998. La dernière donnée représente environ le double du nombre de déserteurs enregistré cinq ans auparavant. La plupart des soldats qui désertent le font au cours de leurs trois premières années de service. La marine rapporte que le nombre de déserteurs est passé de 1 737 en 1997 à 2 086 cette année, soit une augmentation de 20 p. 100 parmi des troupes de 320 000 hommes... La désertion est définie comme la tentative de partir définitivement alors qu'une ASP signifie que le soldat tente de revenir chez lui.» Rowan Scarborough, «US Military Hurt by Rise in Deserters», *The Washington Times*, le 1^{er} octobre 1999, <http://www.washtimes.com/nation/nation1.html>.

³⁵Les cours martiales britanniques ont condamné 3 000 soldats pour lâcheté et de ce nombre, 346 ont été exécutés. Un nombre considérable ont souffert de maladies mentales provoquées par la guerre. Ted Boacz, «War Neurosis and Cultural Change in England 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock'», *Journal of Contemporary History*, vol. 24, 1989, p. 228. Vingt-deux des 25 Canadiens condamnés pour désertion ont été exécutés au cours de la Première Guerre mondiale et un a été exécuté pour lâcheté alors que beaucoup d'autres ont vu leurs peines commuées. Desmond Morton, «Military Medicine and State Medicine: Historical Notes on the Canadian Army Medical Corps in the First World War 1914-1919», dans *Canadian Health Care and the State*, David C. Naylor, éd., Montréal et Kingston, McGill-Queen's Univ. Press, 1992, p. 50.

³⁶«Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock'», Cmd 1734, London, HMSO, 1922, p. 46.

indiquée par d'autres maladies (p. ex., des engelures, l'abus de drogues ou d'alcool, les maladies transmissibles sexuellement et le fait de se plaindre de douleurs lombaires et de malaises généraux) ou ses symptômes peuvent être retardés et apparaître comme un SSPT.

Il est maintenant généralement accepté dans la littérature que les symptômes des RSC vont varier en fonction du combat ou de l'environnement opérationnel. Le chef de recherche en santé mentale aux IDF, Shabtai Noy, a suggéré que le combat intense (nommé «stress collectif») se traduit habituellement par des symptômes psychologiques spectaculaires (comme ceux observés pendant les Première et Seconde Guerres mondiales), alors que l'exposition à un stress intermittent (nommé «stress sporadique») cause habituellement des problèmes comme l'abus de substances psychoactives, la dépression, l'anxiété ou l'amnésie et l'augmentation de retraits administratifs, alors que l'exposition à des niveaux relativement bas mais constants de stress opérationnel (nommé «stress intermédiaire») tend à se traduire par des évacuations provoquées par la fatigue et des maladies physiques (vomissements, troubles du système digestif, pertes d'appétit, diarrhée et la fasciculation musculaire sans cause facilement identifiable, similaires aux symptômes associés à la nostalgie il y a plus de 300 ans)³⁷.

M. Noy soutient que puisqu'ils constituent des réactions à un traumatisme, les RSC changent avec le temps. Il semble que cela soit vrai car, comme nous l'avons vu, aucun ensemble simple de symptômes de RSC ne peut être attribué à toutes les guerres, et les soldats qui ne pouvaient pas faire face au stress présentaient souvent tous les symptômes qui les mettraient hors d'action³⁸. Les mécanismes de ce comportement étaient expliqués dès la Première Guerre mondiale et sont admis par beaucoup encore aujourd'hui comme l'expression d'un conflit intérieur chez les soldats placés dans des situations qu'ils perçoivent comme une menace à leur survie. Certains de ces soldats, placés devant le choix de combattre ou de fuir, choisissaient de fuir. Lorsqu'on les empêche physiquement de quitter les lieux du combat, ces soldats peuvent manifester de véritables symptômes cliniques causés par leur conflit inconscient. Ces symptômes prennent souvent la forme des signes qui sont acceptés par la société ou la profession médicale comme des raisons sérieuses motivant leur retrait d'une situation stressante. Mais la manière dont la société et la profession médicale ont interprété ces symptômes a varié avec le temps et selon les cultures³⁹.

Société et RSC

³⁷Noy dans «Combat Stress Reactions», p. 510, 522.

³⁸Gabriel, p. 41, 42 et 43.

³⁹Les effets de la culture sur l'interprétation des symptômes de désordres mentaux ont généré un débat permanent dans la profession médicale. De récents articles dans la littérature démontrent que le débat est loin d'être terminé. Voir par exemple l'article de Peter J. Guarnaccia et Lloyd H. Rogler, «Research on Culture-bound Syndromes: New Directions», *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, n° 9, septembre 1999, p. 1322-1327; et celui de Gary J. Tucker, «Putting DSM-IV in Perspective», dans *The American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 2, février 1998, p. 159-161.

Le traitement des victimes des RSC a changé, parfois radicalement, au cours du siècle, et certaines des raisons expliquant ces changements seront examinées ici. Au début de la Première Guerre mondiale, le «courage viril» de ces soldats était souvent tenu pour acquis par la population canadienne et le Service de santé de l'armée canadienne. Néanmoins, le nombre important de victimes de «traumatisme dû au bombardement» a persuadé les autorités canadiennes d'adopter une vision empreinte de plus de compassion à l'endroit de ceux qui souffraient de «désordres nerveux»⁴⁰. Des soins médicaux gratuits ont été fournis à tous les soldats de retour du front après un an de guerre, mais ont ensuite été restreints aux pensionnés qui avaient des blessures permanentes ou des maladies récurrentes. Le changement dans les attitudes des Canadiennes et des Canadiens a été long à venir, cependant, car on a refusé d'accorder des pensions aux victimes de traumatisme dû au bombardement, sur les conseils de Colin K. Russel et des autres éminents professionnels médicaux, au moins jusqu'en 1925. Finalement, deux hôpitaux pour vétérans ont été construits afin d'accueillir ceux qui souffraient de maladies mentales, et en 1928 ils représentaient le quart de tous les vétérans handicapés. À la veille de la Seconde Guerre mondiale, cette proportion atteignait presque la moitié⁴¹. Mais le fait que des milliers de vétérans apparemment en bonne santé physique devaient recevoir des pensions ou des soins médicaux gratuits en raison d'une maladie mentale s'avérait une abomination pour de nombreuses personnes dans la société canadienne, qui croyaient que toute maladie, que ce soit le traumatisme dû au bombardement ou une pneumonie, était une preuve de faiblesse personnelle. Nos politiques du système de pensions militaires, conçues pour la première fois en 1916 sur le principe de la réhabilitation des vétérans afin qu'ils puissent mener une vie productive, reflétaient cette attitude. S'appuyant sur les expériences vécues par les Américains après leur Guerre de sécession et par l'armée française au début de la Première Guerre mondiale, au cours desquelles des milliers de vétérans ont reçu de généreuses pensions, les responsables canadiens des pensions étaient «généreux sur papier mais radins en pratique»[trad.]. Les commissions médicales et les médecins examinateurs accordaient rarement des pensions complètes et, en 1920, seulement 5 000 des 70 000 pensionnés ont reçu des prestations d'invalidité complètes⁴².

Beaucoup de recherches restent à faire sur les effets de l'attitude d'une société envers le traitement des vétérans depuis la Première Guerre mondiale, mais l'exemple des vétérans de la guerre du Vietnam et la controverse soulevée par le syndrome de la guerre du Golfe (SGG) actuel démontrent que dans de nombreux cas, on perçoit les dernières générations de soldat, à l'instar de leurs prédécesseurs de la Première Guerre mondiale, comme des malades imaginaires.

⁴⁰Morton, p. 48; et Copp, p. 69. Au cours de la Première Guerre mondiale, l'armée canadienne a admis 15 500 «incapacités neuropsychiatriques», desquelles 9 000 ont été diagnostiquées comme des «traumatismes dûs au bombardement et des névroses».

⁴¹Morton, p. 50; et Russel, p. 36-37. En Grande-Bretagne, deux ans après l'armistice, 65 000 anciens militaires ont reçu des prestations d'invalidité pour neurasthénie et parmi eux, 9 000 recevaient encore des traitements selon Bogacz, p. 227. Russel a fortement critiqué les Britanniques et les Français pour avoir accordé des prestations pour des cas de «névroses de guerre».

⁴²Morton, p. 50, 56, 57, 59.

Comme un récent rapport de la Rand Corporation sur le SGG l'a démontré :

L'étude scientifique du stress et ses conséquences sur la santé a progressé énormément au cours des dernières années. Malheureusement, ces avancées scientifiques n'ont généralement pas été accompagnées par une évolution des idées fausses populaires sur le stress. Le stigmate sociétal associé au stress servant à expliquer une mauvaise santé et une maladie a grandement contribué à l'aspect politique que prend parfois le discours public au sujet des problèmes de santé dont souffrent les vétérans de la guerre du Golfe⁴³[trad.].

Milieu de la santé et RSC

Les changements d'attitude d'une société envers les maladies provoquées par le stress se sont reflétés dans l'attitude du milieu de la santé envers les RSC. Cependant, malgré les changements survenus au cours des cent dernières années, l'interprétation des désordres psychologiques par les médecins et autres responsables des soins de santé apportés aux soldats a suivi un certain nombre de paradigmes bien définis. L'importance des causes physiques des RSC (et du SSPT) varie souvent en fonction des origines et de la formation des observateurs. Même le diagnostic de traumatisme dû au bombardement a été ressuscité par des psychiatres iraniens qui essayaient d'expliquer l'effet psychologique de l'artillerie sur les soldats iraniens pendant le conflit irako-iranien (1980-1988)⁴⁴. Récemment, certains toxicologues et experts en médecine environnementale ont déclaré que les composés organophosphorés pouvaient causer des dommages neuropsychologiques et neuropsychiatriques pouvant être responsables d'un grand nombre de symptômes du SGG⁴⁵. D'autres croient que le SGG est une «hystérie», basée presque exclusivement sur des réactions émotionnelles au stress, semblable au type d'état mental diagnostiqué à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle⁴⁶. Entre ces deux visions existe toute une gamme d'interprétations qui combinent les effets de la pensée et de l'environnement sur la condition physique.

⁴³«RAND Stress Report», publié le 21 mai 1999, http://www.gulflink.osd.mil/library/randrep/stress/mr1018_4_chap1.html.

⁴⁴Belenky et Jones, «Combat Psychiatry – An Evolving Field», p. 2.

⁴⁵Voir par exemple, l'article du professeur Andrew Watterson, du Centre for Occupational and Environmental Health, De Montfort University, à Leicester, «Letter: Stress did not Cause Gulf War Illnesses», dans *Independent*, le 5 août 1997, <http://www.elibrary.com/s/edumark/>; et celui de Laura Beil et George Rodrigue, «Gulf War Illness Genuine, Dallas Researchers Say Neurological Damage Suspected», dans *The Dallas Morning News*, le 9 janvier 1997, p. 1A, <http://www.elibrary.com/s/edumark/>.

⁴⁶Scott Owens, «Gulf War-related Illness, Chronic Fatigue are Modern Hysterias, Author Says», dans *Gannett News Service*, le 12 mai 1997, <http://www.elibrary.com/s/edumark/>.

Interprétations actuelles des RSC

Peu importe les visions contradictoires sur la manière d'interpréter les différents symptômes possibles provoqués par le stress chez les soldats, le concept de RSC accepté par les Canadiennes et les Canadiens et la majorité des armées occidentales est résumé dans un essai préparé par Shabtai Noy.

Il aborde les difficultés créées par le fait de distinguer les symptômes physiques d'une maladie et l'effet psychologique causé par le diagnostic de cette maladie du stigmatisme social qui y est associé. En pratique, toutefois, dans le but de traiter des questions d'ordre psychologique dans un cadre militaire normal, il décrit le retour à l'unité comme l'essentiel d'un régime de traitement des RSC de type «réponse active». Cela permet aux victimes de considérer les manifestations de leur traumatisme comme une réaction temporaire et normale à une situation extrême. M. Noy prévient que le fait de percevoir la réaction post-traumatique comme une maladie accroît la probabilité selon laquelle les soldats vont se percevoir eux-mêmes comme continuellement traumatisés et impuissants, ce qui peut mener à un SSPT chronique. Puis il poursuit en disant que l'abréaction (lorsqu'une victime refait l'expérience d'un traumatisme en rêve, en pensées, en images et en sensations) est une réponse naturelle au traumatisme et une partie du processus de guérison et qu'elle devrait être encouragée. M. Noy déclare que le régime de traitement avancé maintenant adopté au niveau doctrinal par la plupart des forces armées occidentales s'efforce de remettre le soldat en fonction et de le renvoyer à son unité aussi vite que possible. Le régime de traitement suppose que l'abréaction et le soutien social seront donnés au niveau de l'unité une fois que le soldat aura repris ses fonctions. M. Noy conclut en soulignant le fait que la prévention des RSC par la sélection est généralement infructueuse parce qu'aucun facteur ne distingue ceux qui souffrent de RSC de ceux qui n'en souffrent pas et que l'inoculation du stress a une efficacité limitée. Il nous rappelle que la force du commandement et la cohésion de l'unité sont les seuls facteurs qui ont une «valeur manifeste» dans la réduction des symptômes des RSC⁴⁷.

La philosophie du traitement des victimes de RSC décrite ci-dessus met l'accent sur un traitement dans le théâtre d'opérations. Les questions relatives au traitement donné après le déploiement aux victimes potentielles sont encore au centre des débats. Cependant, les deux types de traitement dépendent de l'attitude des professionnels de la santé en uniforme qui ont la responsabilité de soigner nos soldats avant, pendant et après le déploiement dans le théâtre d'opérations.

⁴⁷Noy, p. 517, 519, 520. Pour une vision semblable sur la question de la sélection, voir Gabriel, p. 8-9. Cependant, d'autres chercheurs soutiennent que certaines personnes peuvent avoir des caractéristiques qui les rendent plus résistantes au stress, par exemple, selon l'article de Kenneth D. Allred et Timothy W. Smith, «The Hardy Personality: Cognitive and Physiological Responses to Evaluative Threat», dans *Journal of Personality and Social Psychology*, p. 56, janvier 1989, p. 257-266.

Profession médicale et RSC

Au sein des forces américaines, un débat est soulevé au sujet du caractère adéquat des soins médicaux pour leurs troupes lorsqu'elles sont déployées dans le cadre d'opérations. Le débat est basé sur la différence entre la «médecine dans l'armée» et la «médecine militaire». Selon cet argument, la médecine telle que pratiquée dans l'armée en temps de paix ressemble aux soins de santé offerts dans une clinique civile, alors que la médecine militaire n'est que très vaguement liée à la «médecine dans l'armée»⁴⁸. Contrairement à la médecine du secteur civil, qui tend à privilégier le bien-être du patient, la médecine militaire relève d'un principe de base différent. S'appuyant sur l'expérience des dernières guerres, certains commentateurs voient l'objectif fondamental de la médecine militaire comme la protection des ressources humaines à des fins militaires. Cela implique une reprise de service le plus tôt possible même si cela entraîne probablement la mort de la personne ou lui cause des blessures ou, lorsque la reprise de service est impossible, provoque sa réforme le plus tôt possible⁴⁹.

C'est devenu une question controversée au cours des Première et Seconde Guerres mondiales, comme en fait foi cette déclaration d'un amiral médical à la retraite de la Réserve navale des États-Unis :

Dans le luxe comparatif qu'ils ont connu pendant la guerre du Viêtnam, beaucoup de médecins militaires étaient consternés par le besoin occasionnel de changer le modèle de soins donnés au patient de celui pratiqué dans la vie civile. Les médecins sont généralement rigides, constituent un groupe compulsif, et dans de nombreux cas le choc culturel, professionnel et émotionnel d'avoir à compromettre ou à modifier les soins apportés au patient ont en fait paralysé ou rendu inadéquats le médecin soudainement placé dans la zone de combat⁵⁰ [trad.].

Cette question a refait surface au cours de la guerre du Golfe lorsque la marine américaine a estimé que moins de 10 p. 100 de ses médecins participant part à un déploiement pouvaient traiter les blessures de combat correctement, y compris l'infanterie de marine du Corps des Marines des États-Unis⁵¹. Cela peut aussi être un problème pour les Forces canadiennes (FC) comme le démontre l'extrait suivant de la doctrine actuelle du soutien des services de santé (SSS) des FC : «Le SSS doit impérativement se conformer aux restrictions imposées par la

⁴⁸Ronald F. Bellamy et Craig H. Llewellyn, «Preventable Casualties: Rommel's Flaw, Slim's Edge», dans *Army*, vol. 40, n° 5, mai 1990, p. 52-56.

⁴⁹Morton, p. 55.

⁵⁰Arthur M. Smith, «The Influence of Medicine on Strategy», dans *Naval War College Review*, vol. 41, n° 2, printemps 1988, p. 31.

⁵¹Arthur M. Smith, «Joint Medical Support: Are We Asleep at the Switch?», dans *Joint Force Quarterly*, n° 8, été 1995, p. 104.

physiologie et la pathologie des malades et blessés et être régi par les normes de pratiques et d'éthique médicales et dentaires les plus élevées. En outre, il doit impérativement être conforme aux plans et aux exigences de l'opération.»⁵² Le problème survient lorsque les normes de pratiques médicales les plus élevées entrent en conflit avec les plans et les exigences de l'opération. Dans le contexte des RSC, le traitement donné par ceux qui ont été formés dans le modèle civil de santé pourrait être problématique parce qu'en traitant une maladie mentale, le praticien civil met l'accent sur les réactions anormales des patients dans des environnements normaux, alors que le praticien militaire va souvent traiter les réactions normales du personnel de service dans des situations anormales de combat ou d'opérations intenses.

Les différents cadres utilisés par la profession médicale afin d'interpréter les pertes dues au stress ont une influence profonde sur le traitement de la personne et l'efficacité de la force militaire. Avec le recul, ces interprétations ont changé et vont probablement continuer de changer à mesure que les comportements de la société évoluent et que la recherche scientifique fournit de nouvelles preuves d'interprétations contradictoires du comportement humain dans des combats.

Conclusions

Les RSC peuvent être un grave problème pour les forces militaires. Dans le passé, les unités engagées dans d'intenses combats ont subi des pertes liées aux RSC équivalentes au tiers, si ce n'est plus, de l'ensemble des forces⁵³. Dans ces cas, les pertes dues aux RSC comprenaient fréquemment la majorité des pertes totales subies par ces unités. Au total, les forces américaines ont perdu 504 000 hommes à cause «d'effondrements d'origine psychiatrique» au cours de la Seconde Guerre mondiale, assez pour former 50 divisions de combat⁵⁴. De plus, le SSPT a constitué un grave problème de santé après que les soldats sont retournés chez eux. Les deux types de pertes représentent un énorme gaspillage pour notre société. Les pertes dues aux RSC peuvent être un problème immédiat pour le commandant sur le terrain. Cependant, ceux qui souffrent des effets à long terme du stress dû au service lors d'opérations représentent une perte non seulement pour les forces armées qui doivent remplacer des soldats expérimentés et bien exercés, mais aussi pour la société toute entière qui, au lieu de compter un membre productif qui contribue à son financement, devra s'occuper d'une personne incapable de travailler et qui doit dépendre de l'assistance sociale et d'une pension après la fin de son service militaire. Cette situation se complique davantage en raison du préjugé tenace entretenu, dans les sociétés occidentales, à l'égard de quiconque souffre d'une maladie dont l'origine serait psychologique.

L'histoire démontre que des défis attendent ceux qui tentent de différencier les causes physiques des causes psychologiques des maladies dont souffrent les soldats dont la santé physique s'est détériorée à la suite d'une exposition à un stress de combat important ou lors

⁵²B-GG-005-004/AF-000, «Canadian Forces Operations», le 15 mai 1997, chap. 19, Soutien des services de santé, art. 1903, para. 2, http://www.dnd.ca/dcds/drs/pubs/cfdoc19_e.htm.

⁵³Noy dans «Combat Stress Reactions», p. 508.

⁵⁴Gabriel, p. 4.

d'opérations intensives. Comme nous l'avons vu, l'interprétation et le traitement des maladies des soldats de retour après des combats ou des opérations varient en fonction de l'attitude de la société, des professionnels de la santé et des dirigeants militaires. La controverse permanente au sujet du SGG démontre que ces questions existent encore, généralement sous la même forme que par le passé. Le Department of Defense des États-Unis a dépensé 100 000 000 \$ pour mener une recherche sur la santé relativement à la guerre du Golfe depuis 1994 et bien que les gens chargés de superviser la recherche expriment leur confiance dans le résultat, une étude récente sur un seul agent chimique révèle à quel point ces questions peuvent être complexes. Cette étude a passé en revue environ 1 000 enquêtes publiées au sujet d'un médicament, le bromure de pyridostigmine (BP), et a conclu que la prise de ce médicament pourrait produire des symptômes persistants des années après, mais que «cela ne signifie pas qu'il s'agit nécessairement d'un facteur causal, seulement que la possibilité ne peut être écartée...»[trad.]. Un autre montant de 17 000 000 \$ a été alloué à des études plus approfondies sur le BP⁵⁵.

Le débat sur le SGG démontre clairement que les questions entourant les maladies qui ont pu être causées par l'exposition au combat ou à d'intenses opérations sont loin d'être résolues. Les opinions exprimées dans le débat passent par tout l'éventail de croyances sur le sujet, et la plupart sont basées sur des paradigmes qui ont été utilisés dans le passé afin d'essayer d'expliquer les différentes maladies non directement liées à des blessures physiques qui touchent les soldats. Ceux qui enquêtent sur des sujets difficiles comme les RSC vont continuer à rencontrer beaucoup d'explications contradictoires basées sur les paradigmes d'experts fournissant chacun une interprétation. Jusqu'ici maintenant, nous ne pouvons qu'affirmer qu'aucune explication n'a été couramment acceptée pour expliquer les causes précises des maladies pouvant résulter du stress de combat ou d'intenses opérations. Il est probable que, comme nos prédécesseurs, nous soyons encore aux prises avec des problèmes qui dépassent notre capacité de les résoudre.

⁵⁵David Brown, «Gulf War Syndrome' Study Looks at Nerve Gas Protection», dans *Washington Post*, le 19 octobre 1999, p. A03, <http://www.washingtonpost.com/>. Selon cet article, environ 697 000 hommes et femmes ont servi dans le Golfe en 1990 ou en 1991. Le nombre de symptômes chroniques depuis cette époque est inconnu.